

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0058634

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2259 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SAHMAOUI ABDELKRIM
 Date de naissance : 22-06-1955
 Adresse : 401 Lotissement ELWAFIA DEROUA
 Tél. : 0663014804 Total des frais engagés : 694,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. MATRANE WAFIA HEMATOLOGIE CLINIQUE 95, Bd d'Anoual et Tabit Bnou Kouira 2ème Etage Porte N°21 - Casablanca Tél. : 06 14 22 78 35
 Date de consultation : 13/03/2023
 Nom et prénom du malade : Mr Sahmaoui Abdelkrim Age : 67 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Hématologie
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : DEROUA Le : 29/03/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Montant et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|------------------------|---------------------------------|--|
| 13/03/23 | INPE 061290847 | 08 300 Mt | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|--------|-----------------------|
| 20/03/23 | 162,10 | 232,40 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

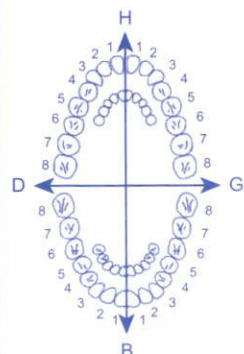
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

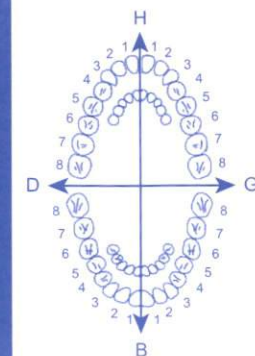
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|----------|----------|---|
| | H | |
| 25533412 | 21433552 | |
| 00000000 | 00000000 | |
| D | | G |
| 00000000 | 00000000 | |
| 35533411 | 11433553 | |
| | B | |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr MATRANE Wafaa

Hématologue

Hématologie Clinique

Oncologie Pédiatrique

Greffe de Moelle Osseuse



Ancien médecin au CHU IBN Rochd de Casablanca
Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

د. مطران وفاء

أخصائية في أمراض الدم

أمراض الدم

أنتكولوجيا الأطفال

زرع النخاع العظمي

ORDONNANCE

Casablanca, le 20/03/2023

Mr Sahmaoui Abdelkrim

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V : 48,70 DH



6 118000 060536

48,70 x 2

- Solupred 20 cp

PHARMACIE EL OUMOUA
244 lotissement el wafaa
Deroua

Fix : 05.22.53.20.54

4 cp / J le matin 10h 2 semi

99,00

- oes 20 g



1 gel / J le matin

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V : 48,70 DH



6 118000 060536

36,00

- Caicik D3

PHARMACIE EL OUMOUA
244 lotissement el wafaa
Deroua

Fix : 05.22.53.20.54

1 cp / J

232,40

+ III adjuvant
et régime sans sel sans sucre

Dr MATRANE WAFEE
HEMATOLOGIE CLINIQUE
95, Bd d'Anoual et Tabit Bnou Korra
2ème étage Porte N°21 - Casablanca
Tél : 05 22 86 34 11 - 05 14 22 78 35

BOTTU SA
PPV : 36DH00
PER : 06/24
LOT : 1060829

LOT 201593
EXP 06/2023
PPV 99.00DH

Dr MATRANE Wafaa

Hématologue

Hématologie Clinique

Oncologie Pédiatrique

Greffe de Moelle Osseuse



Ancien médecin au CHU IBN Rochd de Casablanca

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

د. مطران وفاء

أخصائية في أمراض الدم

أمراض الدم

أنتكولوجيا الأطفال

زرع النخاع العظمي

ORDONNANCE

Casablanca, le 13/08/2023

M^r Sahmaoui Abouelkrim.

48.70

- Solupred 20 mg



PHARMACIE EL OUMOUA
244 lotissement el wafaa
Deroua
Fix : 05.22.53.20.54

4 plj le matin palt oxyz

52.80

- Oels 20 g



PHARMACIE EL OUMOUA
244 lotissement el wafaa
Deroua
Fix : 05.22.53.20.54

1 selbys le matin.

- régime sans sel sans sucre.

24.60

-- Potassium

1 càu x 2



36.00

caùr D3

1 plj



MATRANE WAFEE
HÉMATOLOGIE CLINIQUE
95, Bd Anoual et angle Rue Tabit Bnou Qorra, 2^{ème} étage, N° 21 - Casablanca
Tél : 05 22 86 34 11 - 06 14 22 78 35
matrane.hemato@gmail.com

PFV 24DH60
EXP 04/2025
LOT 22033 4

**POTASSIUM
LAPROPHAN®**

Sirop 125 ml

20mg® Solupred

Solupred® 20 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Listel)

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة A)

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

Solupred 20 mg 20 cp

P.P.V : 48,70 DH

6 118000 060536

LOT 211149
EXP 04/2024
PPV 52.80DH

BOTTU SA
PFV : 38 DH 00
PER : 05/25
LOT : 2050456